

予防接種依頼書交付申請書(償還払い)

(1) 被接種者
フリガナ
氏 名 _____ 性別 男・女

住 所 _____
つくば市

電話番号
(日中つながる番号) _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

(2) 申請理由
 出産等による里帰り
 疾病による入院又は通院 (医療機関名 _____)
 施設への入所 (施設名 _____)
 その他 (_____)

(3) 申請理由の期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(4) 滞在先住所 _____ 様方

(5) 依頼書送付先
 申請者住所 被接種者住所 滞在先住所

(6) 接種市区町村 _____

(7) 予防接種の種類
希望する接種項目に○を付けてください。なお、依頼書の有効期限は最長4か月です。

予防接種の種類	ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目)	追加
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)	追加
	B型肝炎	1回目	2回目 3回目
	四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)	1期追加
	三種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)	追加
	不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)	追加
	BCG		
	麻しん風しん(MR)	1期	2期
	水痘	1回目	2回目
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)	1期追加 2期
	二種混合2期		
	子宮頸がん	1回目	2回目 3回目
	高齢者インフルエンザ		
	高齢者肺炎球菌		

(8) 接種(開始)予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 未定

上記のとおり予防接種依頼書の交付を申請します。

年 _____ 月 _____ 日

申請者住所 _____

つくば市長 様

申請者氏名 _____

被接種者との続柄(_____)

※小児の申請をする際は、母子健康手帳の出生届出済証明欄、予防接種の記録及びその他の予防接種の記録の写しを必ず添付すること。(予防接種の記録は、何も受けていない場合でも添付してください。)

■窓口受付処理欄 ■ 健康増進課・桜・谷田部・大穂 (受付者: _____) | 宛名番号 _____